

Einverständniserklärung

Das Gesundheitsamt des Kreises Düren führt im Rahmen der Covid 19 Pandemie bei steigenden Infektionszahlen anlassbezogen Covid 19 Schnelltests in den Grund- und Förderschulen durch. Um bei steigenden Infektionszahlen mögliche Infektionsherde frühzeitig zu erkennen und Schulschließungen zu vermeiden, ist dies als präventive Schutzmaßnahme wichtig. Es wird voraussichtlich der Panbio™ COVID-19 Antigen-Schnelltest nasal der Firma Abbott zum Einsatz kommen. Der Test kann nasal im Nasenvorhof durchgeführt werden.

Diese Leistung ist nur mit Ihrer Zustimmung möglich. Ihre Angaben erfolgen selbstverständlich freiwillig und unterliegen der Schweigepflicht und den Datenschutzbestimmungen.

Sollte das Ergebnis des Schnelltests positiv sein, muss das Kind umgehend aus der Schule abgeholt werden und sich zu Haus in Quarantäne begeben. Das Ergebnis des Schnelltests sollte durch einen PCR Abstrich gesichert werden. Dazu gibt es mehrere Möglichkeiten.

1. Ihr Kind erhält in der Schule einen PCR Abstrich. Dieser wird üblicherweise durch den Mund im Rachen durchgeführt. Der Abstrich wird in ein Labor geschickt und die Auswertung dauert ca. 2 Tage. Das Gesundheitsamt informiert Sie über das Ergebnis.
2. Sie fahren mit dem Kind zum Kinderarzt oder in das Abstrichzentrum und lassen den Abstrich dort vornehmen. Terminkoordination erfolgt durch Sie selbst.
3. Wenn Sie nicht möchten, dass ein PCR Abstrich vorgenommen wird, dann muss Ihr Kind mit den Kontaktpersonen für 14 Tage in Quarantäne.

Bitte teilen Sie uns untenstehend mit, welche Maßnahmen wir bei Ihrem Kind durchführen dürfen.

Einverständniserklärung für

_____, geboren am _____

Einverständniserklärung für den Schnelltest

Wir sind bis auf Widerruf damit einverstanden, dass unser Kind durch den beauftragten mobilen Dienst des Gesundheitsamtes Kreis Düren einem **PoC-Schnelltest** unterzogen wird.

_____, den _____

(1. Erziehungsberechtigte/-r)

(2. Erziehungsberechtigte/-r)

Einverständniserklärung für den PCR Test

Sollte der Schnelltest positiv sein, sind wir bis auf Widerruf damit einverstanden, dass unser Kind durch den beauftragten mobilen Dienst des Gesundheitsamtes Kreis Düren einem **PCR- Test** unterzogen wird.

_____, den _____

(1. Erziehungsberechtigte/-r)

(2. Erziehungsberechtigte/-r)